

Dr. med. Cathrin Suck · Johannisstr. 19 · 07743 Jena

## Vereinbarung zur privatärztlichen Versorgung

Zwischen Dr. med. Cathrin Suck und dem Patienten/ der Patientin:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße / Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Name des Versicherten / Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

Name der PKV- falls vorhanden: \_\_\_\_\_

Die Parteien sind sich darüber einig, dass alle Behandlungen auf privatärztlicher Basis durchgeführt werden. Die erbrachten Leistungen werden auf Basis der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liquidiert. Der Unterzeichner nimmt zur Kenntnis, dass abweichende Interpretationen durch Kassen oder Beihilfestellen nicht zu Lasten des Leistungserbringers geltend gemacht werden können. Für Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen besteht kein Anspruch auf Rückerstattung bei ihrer Krankenkasse. Die Rechnung ist von dem Patienten vor Ort zu bezahlen.

Des Weiteren bestätige ich, die Patienteninformation zum Datenschutz vom 3.1.2022 zur Kenntnis genommen zu haben.

\_\_\_\_\_  
Jena, den

\_\_\_\_\_  
Patient / Erziehungsberechtigter (ggfs. ges. Vertr.) Dr. med. Cathrin Suck

Einwilligung zur Übermittlung von Behandlungsdaten an den behandelnden Hausarzt:

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bedarfsweise an meinen behandelnden (Haus-)Arzt übermittelt werden dürfen. Einer Datenübermittlung per E-Mail stimme ich zu.

\_\_\_\_\_  
Name des Arztes / der Ärztin Anschrift

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Jena, den Patient / Erziehungsberechtigter (ggfs. ges. Vertr.)